173

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lenucleationdans0010vari

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean DARRIEUX

Né à Bordeaux, le 7 juillet 1883

Ancien Externe des Hôpitaux

L'ÉNUCLÉATION DANS LE TRAITEMENT

DE LA

Panophtalmie Traumatique

ET MÉTASTATIQUE

Président : M. HARTMANN, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

Ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Que je remercie de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

A MES CHEFS DE SERVICE DANS LES HOPITAUX (EXTERNAT)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JALAGUIER

(1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR BABINSKI

(1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

(1909-1910)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY

(1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLEMOT

(1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

(1911-1912)

L'ÉNUCLÉATION DANS LE TRAITEMENT

DE LA

Panophtalmie Traumatique

ET MÉTASTATIQUE

INTRODUCTION

En présence d'un malade dont l'œil est transformé en un kyste purulent, soit à la suite d'une plaie pénétrante ou d'un corps étranger intraoculaire ou encore d'une ulcération cornéenne, soit au cours d'une infection générale, quelle doit être la conduite du médecin ? En raison des phénomènes douloureux et l'organe étant fonctionnellement détruit, peut-on sans danger enlever le foyer purulent, en l'espèce le globe oculaire, ou, au contraire, est-il préférable de se borner à une évacuation du pus, à un curage de l'œil par incision de l'œil, éviscération, exentération ignée, tous ces procédés ayant ce caractère commun de laisser en place la coque sclérale ? Tel est le problème qui, depuis un certain nombre d'années, est périodiquement remis en discussion dans les sociétés savantes ou les publications d'ophtalmologie, les

arguments des partisans et des adversaires de l'énucléation n'ayant pas encore épuisé le sujet.

Les avantages indiscutables de l'énucléation sont : la disparition immédiate des phénomènes douloureux, la cicatrisation très rapide de la plaie et la suppression de toute crainte d'ophtalmie sympathique.

Les adversaires de l'énucléation opposent à cela le danger possible de l'intervention : la mort par méningite résultant d'une propagation de l'infection oculaire le long des gaines du nerf optique.

Il existe en effet quelques cas où à la suite de l'énucléation d'un œil panophtalme, des malades ont succombé, présentant des symptômes et des lésions de méningite. On a mis celle-ci sur le compte de l'opération, sans se demander si elle était la conséquence de l'infection des gaines par le pus oculaire ou si elle résultait d'une intervention septique, sans établir non plus si elle ne relevait pas d'une infection générale sanguine, dont la panophtalmie ne constitue qu'une des localisations. C'est ce que nous nous sommes proposés de chercher en reprenant les observations publiées de ces cas de mort, d'ailleurs très rares par rapport au nombre des énucléations.

D'autre part nous apportons une partie positive à cette question sous la forme d'une statistique, celle des énucléations faites pendant les huit dernières années dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, M. le Dr Morax qui, pour des raisons que nous développerons plus loin, a toujours énucléé les

yeux panophtalmes, nous a engagé à faire l'étude intégrale de tous les cas où l'énucléation a été pratiquée depuis l'année 1903, date de sa nomination comme chef de service. Grâce au relevé régulier des observations, il nous était possible de faire cette statistique qui avait ce mérite spécial de porter sur des interventions exécutées avec la même technique, avec les mêmes précautions aseptiques. Nous pourrons donc, dans ces conditions, juger de la valeur de ce traitement et voir si les dangers qu'on lui a imputés sont réels.

Qu'il nous soit permis de remercier notre maître, M. le Dr Morax, de la bienveillance avec laquelle il nous a suggéré l'idée de ce travail et nous a dirigé dans son élaboration.

CHAPITRE PREMIER

REVUE CRITIQUE

L'énucléation, opération décrite en 1841 par Bonnet, est pratiquée dans le cas de panophtalmie, en 1853, par Wite Cooper, et en 1854, par Pritchard de New-York et assez couramment employée ensuite, lorsqu'en 1863, de Graefe signale à la Société d'ophtalmologie de Heidelberg, 2 cas malheureux de mort par méningite à la suite de cette opération. Mannhardt cite un autre cas analogue, mais les détails manquent et il est à remarquer que ces faits sont antérieurs à l'application rigoureuse de l'antisepsie à la chirurgie oculaire : n'oublions pas qu'à cette époque on craignait la méningite chaque fois que l'on pénétrait dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Dans les années suivantes, on cite quelques cas de méningite, assez rares, du reste, mais tout à fait exceptionnels en ce qui concerne l'énucléation pour panophtalmie, puisqu'en 1884 Benson ne connaît que 10 cas de mort et remarque que, dans les 2 cas de Graefe, il s'agissait d'une suppuration aiguë. Pourtant le malade de Just (1872) fut opéré pour panophtalmie et mourut, mais il n'y eut pas d'autopsie.

En 1885, Deutschmann et Brückner relèvent 26 cas de méningite après énucléation; dans 13 d'entre eux existait une infection oculaire probable, mais non certaine, mais la panophtalmie confirmée n'est en cause que dans les 2 observations de de Graefe et dans celles d'Alfred Graefe, de Priestley Smith et d'Hill Griffith ; dans ce dernier d'ailleurs il n'y avait aucune liaison entre le pus oculaire et la méningite. Deutschmann et Brückner concluent que la méningite a pour cause une infection de la plaie, infection qui se transmet au cerveau par les gaines du nerf optique.

L'année suivante, Hoby, Katzenstein, Warrem Tay, Nettleship publient des cas de mort, mais pour les deux derniers la méningite existait certainement avant l'opération; Dor trouve 27 cas et en ajoute 2 personnels, nullement démonstratifs : dans l'un, il s'agissait d'une jeune fille qui mourut de tuberculose, dans l'autre, d'un vieillard qui succomba probablement à une embolie cérébrale. Dans le cas de Panas (1888) la mort était due à un abcès du poumon. Andrews, de New-York, fait en 1888 un relevé incomplet des cas de mort, mais rapporte 12 observations personnelles d'yeux panophtalmes énucléés avec succès. Rolland rapporte 80 opérations faites en huit ans, toutes en périodes inflammatoires et toutes heureuses. En 1889, l'énucléation en général est fortement attaquée par de Wecker, mais Siffre trouve dans la littérature 45 cas mortels, dont 16 seulement pour panophtalmie, les uns antérieurs à l'ère antisep-

tique, les autres s'expliquant par une maladie générale ou une méningite antérieure à l'opération ; il en conclut que la panophtalmie n'aggrave pas le pronostic de l'énucléation. Noyes pense de même que l'énucléation est une intervention bénigne (1 mort pour 4.000 énucléations) même dans le cas de panophtalmie. Fowler est du même avis, mais Boë au congrès de Berlin, 1890, trouve l'énucléation aussi bien que l'éviscération un procédé irrationnel, favorisant l'infection, que seul peut empêcher le débridement ou même l'abstention. Fage, dans sa thèse de 1891 insiste sur l'antisepsie opératoire, conseille d'énucléer en pleine panophtalmie, sauf s'il existe une infection générale de l'organisme ou une dyscrasie, mais l'année suivante il admet que l'exentération peut remplacer l'énucléation. Lagrange reste partisan de l'énucléation, il rapporte 5 cas heureux choisis entre beaucoup d'autres de sa pratique.

Les cas de mort publiés de 1890 à 1897 ne semblent pas devoir être pris en grande considération. Dans celui de Thomson, il y eut une hémorragie violente chez un hémophile alcoolique, dans celui de Ramm, il ne s'agissait pas de suppuration aiguë, non plus que dans les deux de du Gourlay : l'un des malades était convalescent de typhoïde, l'autre était atteint de méningite avant l'opération. Ceux de Kalt non plus ne sont pas démonstratifs, dans le premier, l'auteur croit à une méningite métastatique, dans le second il n'y eut pas d'autopsie et d'ailleurs dans l'un et l'autre l'affection oculaire était chronique. Chez le malade de Risley,

la terminaison fatale survint trois semaines après l'énucléation pour panophtalmie et il n'y eut pas d'autopsie et dans celui de Berry, l'autopsie démontra que la cause de la méningite était un abcès du rocher gauche. Le cas de Marlow concerne un vieil urinaire et la mort ne survint que plus d'un mois après l'opération. Zimmermann a énucléé un œil blessé quatre mois auparavant et atteint d'ophtalmie sympathique douloureuse; l'enlèvement de cet œil sympathisant fut suivi de méningite et de mort et cela nous permet de faire bien des réserves sur l'asepsie avec laquelle fut pratiquée l'opération.

En 1897, l'énucléation risque de tomber en discrédit, du fait de deux importantes publications.

C'est d'abord le cas rapporté par le professeur de Lapersonne, jusqu'alors partisan de l'énucléation, dont l'opinion est ébranlée à la suite du fait observé, celui d'un enfant porteur d'une irido-cyclite purulente d'origine traumatique avec trouble commençant du vitré, dont l'état général était déjà atteint, dont on enleva l'œil et qui mourut dix jours après de méningite, les signes de celle-ci s'étant avérés quatre jours après l'opération; l'autopsie confirma la présence d'une méningite à pneumocoques, et il existait aussi du pneumocoque dans la gaine du nerf optique. Il semble donc bien que l'énucléation soit bien en cause dans la production de ces lésions méningées. Cependant un doute a été émis par le Dr Ausset qui a soigné l'enfant et qui s'est demandé si la céphalalgie qui existait avant l'opération n'était pas déjà un signe

de méningite. De plus l'observation ne mentionne pas que l'œil ait été ouvert pendant l'énucléation, et s'il ne le fut pas, il est difficile d'admettre une propagation par les gaines du nerf optique et l'hypothèse reste alors possible d'une méningite coexistant avec la suppuration oculaire, mais non due à l'opération.

La deuxième publication concernant le même sujet est la mémoire de Devereux Marshall qui signale que de 1861 à 1896, il a été pratiqué à Moorfields Royal Ophtalmic Hospital, à Londres, 6.580 énucléations dont 8 ont été suivies de mort. Dans 5 de ces 8 cas, l'énucléation a été faite pour panophtalmie et la mort était due à une infection méningée. On s'est souvent appuyé sur cette statistique pour dénoncer les dangers de l'énucléation : M. Terson, dans la discussion de son rapport que nous mentionnerons plus loin, y fait allusion, mais en parlant d'un chiffre de 6.876 énucléation, qui n'est pas celui de Marshall et en affirmant qu'il y a eu 7 cas de mort et tous pour panophtalmie. Les 5 cas publiés sont les suivants :

N° 1. — Panophtalmie survenue après discission. Mort deux jours après l'énucléation. Lésions de méningite surtout au niveau de la convexité des hémisphères.

N° 2. — Panophtalmie après résection d'un prolapsus irien compliquant un ulcère traumatique de la cornée. Mort deux jours après l'énucléation. Lésions de la convexité.

N° 3. — Panophtalmie à la suite de plaie de la cornée

Enucléation vingt jours après suivie de mort en trois jours. Méningite prédominante à la base.

N° 4. — Panophtalmie à la suite d'ulcère traumatique de la cornée. Mort trois jours après l'énucléation. Méningite de la convexité.

N° 5. — Panophtalmie après extraction de cristallin cataracté. Mort quatre jours après l'énucléation. Méningite surtout marquée au niveau de la convexité.

Il ressort de ces faits que l'infection opératoire a été assez fréquente, dans la proportion de 2 pour 5 ; de plus dans son article, Marshall fait allusion à 2 cas de Nettleship dans lesquels une panophtalmie qui entraîna la mort sans opération, était secondaire à une discission et à une extraction de cristallin. Dans ces conditions, nous sommes obligés de penser que l'asepsie opératoire était loin d'être parfaite à cette époque et qu'il faut tenir compte de ce facteur d'infection.

Les autres statistiques, parues depuis lors, celles de Demaria, Baehr, Bauer, ne sont pas défavorables à l'énucléation et ne signalent pas de cas de mort. Bauer insiste sur l'antisepsie opératoire pour expliquer la totalité des bons résultats, malgré l'ouverture fréquente du globe au cours de l'intervention, avec issue de pus pouvant infecter la plaie. C'est aussi, croyons-nous, à l'application de plus en plus rigoureuse de l'antisepsie à la chirurgie oculaire, qu'il faut attribuer la rareté de plus en plus grande des cas de mort publiés. Encore ne sont-ils pas toujours démonstratifs.

Dans celui de Delbès, le diagnostic de méningite

s'appuya sur la constatation de symptômes de second ordre ; l'auteur note l'absence du « trépied méningitique » et, de plus, il n'y eut pas d'autopsie.

Chez le malade de Baldwin, le vitré fit issue pendant l'opération et on a noté qu'il n'était pas en suppuration et qu'il n'y avait pas de suppuration dans l'orbite ; la méningite fut constatée à l'autopsie.

L'observation d'Enslin et Kuwara est une des plus complètes que nous ayons : il s'agit d'une choriorétinite suppurée, survenue dans un œil leucomateux qu'on énucléa ; au cours de l'opération, se produisit une rupture du globe. La mort survint le lendemain par méningite. Le moignon bulbaire du nerf optique, avec ses gaines, examiné histologiquement, ne présentait pas de traces d'inflammation, au contraire le moignon intracrânien du nerf et ses gaines étaient enflammés. Les auteurs concluent à une infection opératoire à la suite de la rupture du globe, incident qui peut toujours se produire et qui entraîne le danger de l'opération en pareil cas.

Le cas de Cabannes et Aubaret est moins à considérer puisque l'affection oculaire était manifestement une complication d'une pneumococcie et que la présence de méningite n'est pas mentionnée.

La question a été discutée en 1900 au congrès de Paris : l'un des rapporteurs, Pflüeger, ne proscrit pas absolument l'énucléation dans la panophtalmie, qui a pour défenseurs MM. Gayet et Lagrange. Par contre, en 1908 dans son rapport sur les plaies de l'œil, M Ter-

son, partisan de l'énucléation préventive de l'ophtalmie sympathique, s'élève très violemment contre cette opération dans les cas de panophtalmie : « Dans une panophtalmie, dit-il, on n'a plus le droit d'énucléer, et à un curage indigent, il vaut mieux préférer un curage total ou l'exentération ignée. »

Le dernier travail sur ce sujet est la thèse de Kontorowitsch, qui rapporte les 118 cas opérés pour panophtalmie dans les services de Haab et de Sidler Huguenin à Zurich, le chiffre total des énucléations étant de 766. Malheureusement ces 118 cas ne paraissent pas tous répondre au type de suppuration oculaire généralisée, certains yeux ayant été enlevés pour grands délabrements ou par crainte de panophtalmie. Quoiqu'il en soit, même en réduisant d'un tiers le chiffre indiqué par Kontorowitsch, il n'y eut qu'un cas mortel, chez un vieillard qui avait longtemps refusé l'intervention et qui était atteint d'endocardite, non de méningite.

Que devons-nous retenir de cette revue des travaux, des statistiques et des cas malheureux ?

C'est, d'abord, la rareté des cas de mort après énucléation, étant donné l'emploi de cette opération. Parmi ces cas il ne s'agit pas toujours de panophtalmie ; des énucléations pratiquées dans un autre but ont été parfois, de moins en moins fréquemment d'ailleurs, suivies d'un fatal résultat. En admettant même que la panophtalmie soit le plus souvent en cause, il ne faut pas perdre de vue que cette suppuration

grave peut s'accompagner d'un mauvais état général et aussi compliquer une infection générale.

De plus tous les cas de mort que nous avons passé en revue, n'ont pas même valeur, soit que, dans les uns, la présence d'une méningite soit plutôt en rapport avec la septicémie qu'avec l'énucléation, soit qu'ils pèchent par absence de détails, soit qu'enfin comme pour les plus anciens, on puisse faire des réserves sur l'asepsie opératoire. A tout prendre, les seuls cas de de Lapersonne et d'Enslin-Kuwara sont observés d'une façon complète. Si l'énucléation est vraiment responsable de la mort dans ces deux cas, s'ensuit-il qu'il faille la proscrire, alors qu'il existe aussi des cas mortels à la suite d'exentération pour panophtalmie (Bocci, Becker), et que l'on connaît aussi des morts à la suite de panophtalmie, sans aucune opération (Nettleship, Warlomont, Webster David, Reis, Motais) ?

CHAPITRE II

LES ÉNUCLÉATIONS POUR PANOPHTALMIE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE DE 1903 A 1911

Durant ces huit dernières années, il a été pratiqué à l'hôpital Lariboisière, par M. le Dr Morax et ses collaborateurs 210 énucléations, soit une moyenne de 26 par an. Nous avons relevé que cette opération a été faite dans le cas de panophtalmie quarante-deux fois.

Ce sont ces 42 observations que nous rapportons plus loin. Elles concernent à la fois des panophtalmies traumatiques et des panophtalmies métastatiques. Dans ces dernières seulement nous relevons 3 cas de mort qui nous ont semblé intéressants à rapporter et à discuter, ce que nous ferons dans le prochain chapitre. Mais, auparavant, nous désirons faire quelques remarques préliminaires sur ce que nous avons entendu par panophtalmie.

Par définition, panophtalmie signifie suppuration de la totalité du globe oculaire. D'autre part, toute infection tendant manifestement à se généraliser mérite bien d'être rangée dans le même cadre. Cependant, à envisager les choses ainsi, on risque de forcer

les statistiques et de considérer comme panophtalmes des yeux non entièrement atteints et dans lesquels, notamment, le vitré est indemne. C'est le reproche que nous avons déjà fait à Kontorowitsch qui n'hésite pas par exemple à appeler panophtalmie des cas tels que le n° 22 où le seul examen clinique donne : fortchémosis, plaie cornéenne grave par laquelle le corps vitré fait issue. Pour ne pas prêter aux mêmes critiques, nous n'avons rapporté comme panophtalmies que les observations où les constatations bactériologiques affirment la présence de microbes dans l'œil et en particulier dans le corps vitré, et lorsque cet examen bactériologique a manqué, nous n'avons admis que les cas dont l'aspect clinique montrait nettement l'existence indéniable d'une suppuration généralisée. Il va sans dire que, s'il y avait eu, parmi les cas douteux, une mort, nous l'aurions tout de même rapporté ; mais cela ne s'est pas trouvé et les cas de mort se bornent aux 3 observations qu'on lira plus loin.

Une deuxième remarque s'impose concernant la technique opératoire et sur laquelle, nous désirons insister : l'identité absolue des précautions d'asepsie et de stérilisation pour toutes les opérations qu'il s'agisse d'un globe purulent ou de l'œil le moins infecté. Il est probable que certains cas de mort, parmi les anciens, sont dus à des fautes d'asepsie, et c'est là une cause que l'on doit éliminer actuellement.

Pour ce qui est de l'énucléation proprement dite, il n'y a rien de particulier à signaler : elle est souvent

pratiquée avec l'anesthésie à la cocaïne, renforcée de quelques bouffées de chlorure d'éthyle au moment de la section du pédicule ; d'autres fois le patient a été endormi au chloroforme. Après désinfection du champ opératoire, lavage du cul-de-sac conjonctival avec du sérum physiologique stérile et une solution d'oxycyanure de mercure à 1/5000 stérilisée, incision de la conjonctive, libération de la sclérotique, dissection et section des muscles, puis section du pédicule. Il va sans dire que dans l'exécution de l'opération, on a soin d'éviter autant que possible l'ouverture du kyste purulent et la pénétration des ciseaux chargés de pus dans les parties profondes du tissu orbitaire. La plaie n'est en général pas suturée et l'hémorragie s'arrête spontanément.

OBSERVATIONS

I. — Panophtalmies traumatiques

OBSERVATION I

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à pneumocoques

N° 597. — R... Alphonse, trente-quatre ans, cuisinier, a reçu, le 7 avril 1903, un éclat de bois dans l'œil droit. Il vient le lendemain à la consultation, présentant au niveau de l'œil droit une plaie pénétrante horizontale avec pincement de l'iris ; la chambre antérieure est pleine de pus qu'on évacue en entr'ouvrant les lèvres de la plaie. L'examen de ce pus montre qu'il contient en abondance du pneumocoque. L'œil est très douloureux. Température 38 degrés.

8 au 14 avril. — La température reste autour de 38°5. Les douleurs persistent, le malade ne dort pas, la langue est saburrale. L'énucléation est pratiquée avec anesthésie chloroformique le 14 avril.

Suites opératoires. — La température, dès le lendemain, est de 37 degrés, et s'y maintient les jours suivants. Pas de douleurs. Le malade dort bien et quitte l'hôpital le 23 avril.

OBSERVATION II

Plaie pénétrante de la sclérotique. — Panophtalmie à pneumocoques

N° 16064. — C... Eugène, soixante-quatre ans, forain, reçoit, le 30 juin 1906, dans l'œil droit l'extrémité pointue d'un instrument ; la vision se trouble immédiatement et l'œil devient douloureux.

1er juillet. — On constate une plaie scléroticale de 4 à 5 millimètres, avec gonflement des paupières, infection périkératique, hyphéma, cataracte traumatique, milieux inéclairables $V = \frac{5}{35}$. Il existe des douleurs oculaires spontanées et à la pression du globe. La plaie scléroticale est suturée. Atropine, pansement.

2 juillet. — Un peu de chémosis, léger trouble de la cornée.

5 juillet. — Chémosis énorme, cornée et iris troubles, pus dans la chambre antérieure. Tension élevée. Douleurs violentes. Il n'y pas de fièvre mais l'état général est mauvais. Énucléation (chloroforme).

Suites opératoires. — Pas de fièvre, pas de douleurs. Le malade quitte l'hôpital le 21 juillet.

L'examen microscopique du pus du vitré montre des pneumocoques typiques qu'on retrouve dans les cultures.

OBSERVATION III

Ulcère traumatique de la cornée. — Début de panophtalmie à pneumocoques

N° 34385. — A... Georges, cinquante et un ans, employé de chemin de fer, reçoit, le 31 août 1909, un éclat métallique dans l'œil droit. Il vient le 2 septembre à l'hôpital et on constate un ulcère cornéen central avec infection périkératique et un hypopyon occupant plus du tiers de la chambre antérieure. L'application de l'électro-aimant ne révèle pas la présence d'un corps étranger. Cautérisation au galvano-cautère de l'ulcère. L'humeur aqueuse s'écoule par une petite perforation de la cornée.

21 septembre. — L'hypopyon qui avait disparu, s'est reformé. L'ulcération persiste. On fait une kératotomie et une iridectomie, on attire en dehors un iris épaissi sur la face postérieure duquel est un foyer purulent. Discission du foyer antérieur cristallinien et extraction de masses cristalliniennes.

22 septembre. — Le foyer purulent s'est reformé.

23 septembre. — Chémosis marqué, sécrétion conjonctivale muco-purulente. Œdème des paupières. Chambre antérieure pleine d'un liquide louche et sanguinolent.

2 octobre. — Énucléation (chloroforme), nombreuses adhérences en arrière du globe.

Suites opératoires. — Normales. Le malade quitte l'hôpital le 9 octobre.

Examen bactériologique du pus de la chambre antérieure : pneumocoque.

OBSERVATION IV

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à pneumocoques

N° 36859. — E... Marguerite, cinq ans, est tombée, le 27 janvier 1910, la tête contre un mur. L'œil droit est devenu rouge le jour même et, le lendemain, ont apparu des douleurs oculaires de plus en plus violentes, empêchant l'enfant de dormir.

29 janvier. — On constate une rougeur diffuse et de l'œdème de toute la région orbitaire droite. Les paupières gonflées se laissent difficilement entr'ouvrir, il existe un chémosis de la conjonctive bulbaire et palpébral empiétant sur la cornée ; celle-ci est trouble et présente une petite plaie à 10 heures ; la chambre antérieure est pleine de pus, l'œil est douloureux à la pression. Température 39 degrés.

31 janvier. — Énucléation (chloroforme). Au moment de la section du droit supérieur, on voit sourdre un pus verdâtre. On resèque le segment antérieur, puis on enlève par morceaux le segment postérieur de la sclérotique.

Suites opératoires. — Température 37 degrés dès le lendemain. Pas de suppuration. La malade quitte l'hôpital le 8 février.

Examen microscopique du pus et cultures : pneumocoques.

OBSERVATION V

Plaie pénétrante de la cornée. — Iridocyclite à pneumocoques

N° 37963. — G... Louis vingt-neuf ans, ajusteur, reçoit, le 5 avril 1910, dans l'œil droit un éclat métallique chauffé au rouge. La vue se trouble instantanément, la perception lumineuse persiste.

6 avril. — On constate une plaie cornéenne béante, de 2 millimètres à 3 heures, l'iris est recouvert de caillots, la chambre antérieure vide après une tentative infructueuse d'extraction par l'électro-aimant. On sectionne la conjonctive autour du limbe et on la suture par des points en U de façon à recouvrir la surface cornéenne. Binocle.

9 avril. — Ablation des fils, la conjonctive s'est écartée sauf au niveau de la plaie cornéenne qui est recouverte d'une bande conjonctivale bien vascularisée. La chambre antérieure et reformée, contenant quelques caillots.

15 avril. — La plaie s'est entr'ouverte. Cautérisation.

25 avril. — Injection périkératique. Tension — 1.

27 avril. — Enucléation (chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Normales. Le malade sort le 11 mai.

Examen anatomique du globe. — Derrière le cristallin, existe un petit flocon purulent dans le vitré avec des

exsudats plastiques sur la région ciliaire et la face postérieure de l'iris.

L'examen microscopique montre la présence de diplocoques dans le flocon purulent. Les cultures et l'inoculation au lapin montrent qu'il s'agit de pneumocoque.

OBSERVATION VI

Corps étranger intra-oculaire. — Panophtalmie à pneumocoques

N° 38379. — C... Charles, trente ans, cultivateur, reçoit dans l'œil droit, le 14 avril 1910, une décharge de plomb tiré à 10 mètres. Immédiatement après, hémorragie, baisse de la vision. Cet état ne se modifie pas, il vient consulter le 28 avril.

28 avril. — Rougeur des paupières, large bourrelet chémotique dans la moitié inférieure de la conjonctive bulbaire, chambre intérieure pleine de pus jaunâtre. Tension élevée. Pression douloureuse.

30 avril. — Énucléation (cocaïne et chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Pas de fièvre. Une petite ecchymose sous conjonctivale persiste jusqu'au 5 mai. date de la sortie.

Examen bactériologique (frottis et cultures. — Pneumocoques.

L'observation suivante est personnelle à M. Morax. qui nous l'a obligeamment communiquée. Nous ne la comptons pas dans notre statistique, ce malade n'ayant pas été soigné à Lariboisière.

Corps étranger intra-oculaire. — Panopthalmie à pneumocoques et à staphylocoques.

M... B., quarante ans, reçoit, le 5 octobre 1907, dans l'œil gauche la décharge d'un fusil de chasse, le coup étant tiré à 70 mètres environ. Un grain de plomb atteint le limbe, déchire l'iris, trouble le cristallin. Le premier examen, six heures plus tard, montre la cornée et le cristallin troubles, pas de lueur pupillaire, la perception lumineuse est conservée. On fait une aseptisation de la conjonctive et un pansement.

La nuit est tranquille, l'œil n'est pas sensible, il n'y a pas de réaction le lendemain.

8 octobre. — Le malade a souffert pendant la nuit. On note du chémosis, du gonflement palpébral, un trouble de l'humeur aqueuse.

9 octobre. — Énucléation sans incident.

La culture de l'humeur aqueuse donne du staphylocoque et du pneumocoque. Le grain de plomb est fixé au pôle postérieur contre la rétine. L'hémorragie occupe une partie du vitré.

Dès le lendemain, le malade se sent en parfait état et reprend ses occupations le quatrième jour.

OBSERVATION VII

Infection pneumococcique post-opératoire du globe

N° 28362. — L... Augustine, soixante-deux ans, diabétique, est atteinte de cataracte bilatérale. On pratique

l'extraction du cristallin avec iridectomie, le 7 novembre 1908, à l'œil droit, le 21 novembre à l'œil gauche ; pas d'incident.

23 novembre. — La malade se plaint de douleurs assez violentes dans l'œil gauche. Il existe une suppuration conjonctivale verdâtre, abondante, la cornée est trouble, la chambre antérieure contient du pus.

28 novembre. — Même état, la sécrétion conjonctivale contient du staphylocoque et quelques pneumocoques.

29 novembre. — La cornée s'ouvre à la partie supérieure et le pus sort par cette perforation.

1er décembre. — Énucléation (chloroforme). Au cours de la section de la conjonctive, la plaie cornéenne se rouvre et laisse s'écouler un pus jaune verdâtre.

Suites opératoires. — Pas de réaction, pas de fièvre. La malade quitte l'hôpital le 15 décembre.

Examen bactériologique. — A l'examen direct du pus oculaire, pneumocoque en abondance, qu'on retrouve dans les cultures.

OBSERVATION VIII

(Chaillous, Soc. d'opht. de Paris, 1904, p. 148.)

Infection traumatique du globe oculaire par un bacille anaérobie (bacillus perfringens)

N° 6695. — J... Léon, trente et un ans, serrurier, reçoit, le 1er juillet 1904, un éclat métallique dans l'œil droit, la vision est aussitôt abolie. Il vient le 2 juillet à l'hôpital, présentant une plaie cornéenne avec hernie de l'iris. Le

jour même résection du lambeau irien, tentative infructueuse d'extraction du corps étranger par l'électro-aimant. Le 3 et 4 juillet, œdème palpébral, chémosis, exsudat dans la chambre antérieure, immobilité du globe. Énucléation le 4 juillet. Suites opératoires normales, aucune fièvre. Le malade quitte l'hôpital le 9 juillet et est revu le 22 août. Les recherches bactériologiques et l'inoculation au cobaye établissent qu'il s'agit d'une infection à bacillus perfringens.

OBSERVATION IX

(Chaillous, Soc. d'opht. de Paris, 1905, p. 66.)

Panophtalmie traumatique à bacillus perfringens

N° 10269. — B... Émile, âgé de quatorze ans, reçoit, le 16 mars 1905, un éclat métallique dans l'œil gauche. Le 18, il vient à Lariboisière. Mauvais état général. Panophtalmie.

Énucléation le 18 mars.

Suites opératoires. — Le 19, l'enfant va très bien, l'état général est complètement transformé. Température 36°7. Le 23, l'enfant quitte l'hôpital.

L'examen bactériologique du pus de la chambre antérieure et les cultures montrent qu'il s'agit d'une infection à bacillus perfringens.

OBSERVATION X

Corps étranger intra-oculaire. — Panophtalmie à bacillus perfringens

N° 29413. — M... Henri, trente-quatre ans, chaudronnier, reçoit, le 30 octobre 1908, un morceau de fer dans l'œil droit. On lui fait un premier pansement à l'hôpital Saint-Louis et il vient le lendemain à Lariboisière, se plaignant de violentes douleurs périoculaires. On constate que la cornée présente une plaie verticale avec léger pincement de l'iris et du vitré. On extrait avec l'électro-aimant un volumineux fragment métallique.

Le lendemain 1er novembre, sécrétion abondante, chémosis très accentué.

2 novembre. — Gonflement palpébral, teinte jaunâtre de la plaie. Cautérisation au sulfate de zinc et instillation d'atropine.

L'état général reste le même, les douleurs persistent assez violentes.

5 novembre. — On pratique l'énucléation avec anesthésie chloroformique.

Suites opératoires. — Température 38 degrés le soir de l'opération, puis apyrexie. Le gonflement palpébral persiste deux jours. Le malade quitte l'hôpital le 9 novembre.

Examen bactériologique. — Bacilles fins prenant le Gram, anaérobie, ayant les caractères du bacillus perfringens.

OBSERVATION XI

Plaie pénétrante de la région ciliaire. —Panophtalmie à bacillus perfringens

N° 37360. — C... Louis, vingt et un ans, a reçu, le 27 février 1910, dans l'œil gauche un fragment de clou. La vision s'est rapidement troublée, il ressent des douleurs oculaires et vient à l'hôpital le 28 février.

On constate alors de l'œdème palpébral, une cornée trouble avec injection périkératique, du liquide louche dans la chambre antérieure, une plaie du limbe à 11 heures, un iris très tuméfié, irrégulier, un petit pincement irien, des exsudats pupillaires abondants. La tension est de — 1, la vision est nulle, le globe est douloureux.

Les jours suivants, même état. Sécrétion purulente jaunâtre abondante, chémosis, la température est autour de 38 degrés.

Énucléation le 5 mars (cocaïne et chlorure d'éthyle .

Suites opératoires. — Pas de fièvre, pas de douleurs. Légère ecchymose palpébrale. Le malade quitte l'hôpital le 9 mars et est revu le 14 mars en parfait état.

Examens bactériologiques. — La sécrétion contient du streptocoque et du staphylocoque. Le pus vitréen contient un gros bacille prenant le Gram, identifié avec le bacillus perfringens.

Examen anatomique du globe. — A la partie postérieure, pointe de clou entourée d'une zone de sidérose.

OBSERVATION XII

Corps étranger intra-oculaire. — Panophtalmie à bacillus perfringens

N° 39115. — B... Victor, vingt ans, charbonnier, reçoit dans l'œil droit, le 4 juin 1910, un éclat métallique. Il en a souffert toute la nuit et vient à la consultation le 5 juin.

On note alors : œdème des paupières, pus jaunâtre au niveau de l'angle interne. Cornée trouble présentant une plaie verticale. Hypopyon. Pus jaunâtre. Pupille trouble et rétrécie. Tension + 1. Pression du globe douloureuse. Photophobie. Douleurs oculaires et céphalée très vive.

Lavage de l'œil et extraction par l'électro-aimant d'un fragment de pointe.

Du 6 au 14 juin, les douleurs sont toujours très vives. Protrusion de l'œil. Gonflement des paupières. Chémosis. Par la plaie cornéenne non refermée s'écoule un liquide fétide avec des bulles de gaz. La chambre antérieure est pleine d'un liquide sanguinolent. L'état général n'est pas atteint.

15 juin. — Énucléation. On constate l'existence d'un volumineux abcès sous-conjonctival un peu au-dessus du droit interne, contenant un pus jaune brunâtre, la dissection du globe est difficile à cause des adhérences qui existent entre la sclérotique et le tissu péri-oculaire.

Suites opératoires. — Pas de fièvre, pas de douleurs. Le malade sort le 20 juin et est revu en bon état le 27 septembre.

Examens bactériologiques. — L'ensemencement du corps étranger dans du bouillon vaseliné a donné des cultures de bacilles volumineux prenant le Gram, dégageant beaucoup de gaz. Dans le pus oculaire on retrouve le même bacille identifié avec le bacillus perfringens.

OBSERVATION XIII

Plaie pénétrante de la cornée avec corps étranger intra-oculaire.— Panophtalmie à bacillus perfringens

N° 49552. — Le G... Alphonse, vingt-quatre ans, domestique, regardant réparer une bicyclette, reçoit, le 9 janvier 1912, dans l'œil gauche un éclat de métal souillé d'huile. La vision se trouble et diminue rapidement, l'œil est douloureux.

10 janvier. — On constate une plaie pénétrante au niveau du limbe; dans le point correspondant, l'iris présente un orifice circulaire. La pupille est légèrement trouble. On amène, au moyen de l'électro-aimant, dans la chambre antérieure, le corps étranger entouré d'une gouttelette de pus et on l'extrait après kératotomie à la lance.

11 janvier. — Douleurs, suintement jaunâtre traversant le pansement. Gonflement des paupières et bourrelet chémotique du cul-de-sac inférieur. Cornée trouble. Température 38°6.

13 janvier. — Énucléation (chloroforme). La cornée présente une infiltration offrant le type de l'abcès annulaire. Après section du droit externe, on constate un point d'érosion de la sclérotique par où l'abcès se vide partiellement. Du côté nasal existe une autre ouverture spontanée.

Suites opératoires.—La température qui était à 38 degrés la veille, descend et se maintient à 37 degrés. Le malade sort de l'hôpital le 20 janvier.

Examen bactériologique. — L'ensemencement du corps étranger ne donne lieu à aucun développement en culture aérobie ; en milieu anaérobie développement d'un bacille volumineux prenant le Gram, du type perfringens.

OBSERVATION XIV

Plaie pénétrante du globe. — Panophtalmie à bacillus perfringens et à staphylocoques

N° 39988. — L... Pierre, vingt-six ans, paveur, reçoit, le 19 juillet 1910, dans l'œil gauche un éclat de pierre. Une hémorragie se produit immédiatement et, peu après, le blessé ressent des douleurs vives irradiées vers le front qui l'ont empêché de dormir. Il vient à la consultation le 21 juillet.

On note alors : protrusion, œdème et rougeur de la paupière supérieure, chémosis intense, exsudat blanchâtre dans la chambre antérieure. Température 38 degrés.

Énucléation le 22 juillet. On constate à la partie supérieure de la cornée une plaie.

Suites opératoires. — Pas de fièvre, pas de douleurs. Le malade quitte l'hôpital le 29 juillet.

Examen bactériologique du pus vitréen. — Staphylocoque doré et perfringens.

OBSERVATION XV

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à staphylocoque et à bacille anaérobie

N° 3413. — V... Jeanne, deux ans, a reçu dans l'œil droit un instrument pointu et est amenée huit jours après, le 3 novembre 1903, à l'hôpital, présentant un gros œdème palpébral du chémosis très accentué en dehors ; la chambre antérieure est pleine de pus. Température 40 degrés.

Énucléation le 3 novembre (chloroforme) ; dissection du globe difficile. L'œil se perfore en dehors au cours de l'opération.

Suites opératoires. — Pendant quatre jours, température 39 degrés, l'enfant présente des symptômes de congestion du sommet du poumon droit.

10 novembre. — Apyrexie. Elle sort le 19 novembre.

Examen du globe. — Membranes profondes épaissies, infiltrées, purulentes.

Examen bactériologique. — Staphylocoque et gros bacille prenant le Gram (bacillus perfringens ?).

OBSERVATION XVI

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à bacille anaérobie

N° 32154. — M... Georges, trente ans, cultivateur, reçoit un coup de fouet dans l'œil droit le 14 avril 1909. Il vient

à l'hôpital le 24 avril, présentant une large ulcération perforante de la cornée, avec chémosis et sécrétion blanchâtre. L'énucléation est pratiquée immédiatement, sans chloroforme : de fortes adhérences existent en arrière et il faut sculpter autour de la sclérotique pour dégager le globe.

Suites opératoires. — Normales. Pas de fièvre. Il sort le 30 avril de l'hôpital.

Examen bactériologique. — Cocci et bacille volumineux prenant le Gram, aérobie et anaérobie.

OBSERVATION XVII

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à streptocoque et à bacillus subtilis

N° 6789. — Le B..., vingt-six ans, employé de chemin de fer, reçoit, le 20 juin 1904, dans l'œil droit un éclat de pierre. Il ne ressent de douleurs que trois jours après et entre à l'hôpital le 24 juin, présentant de l'exophtalmie ; la chambre antérieure est pleine de pus, le globe douloureux à la pression.

Enucléation le 24 juin (chloroforme).

Suites opératoires normales. — Sortie de l'hôpital le 28 juin.

Examens bactériologiques. — Cultures en milieu aérobies : streptocoque et bacillus subtilis ; cultures en milieux anaérobies : colonies abondantes de bacillus subtilis du type mésentéricus.

OBSERVATION XVIII

Corps étranger du vitré. — Panophtalmie à bacillus subtilis.

N° 45704.—P... Jean, cinquante ans, cordonnier, reçoit, le 9 juin 1911, un corps étranger dans l'œil droit. Il vient aussitôt à Lariboisière; on constate une plaie sclérale béante par où suinte un peu de vitré. On extrait le corps étranger avec l'électro-aimant.

Du 11 au 13 juin, tuméfaction de la paupière supérieure; Chémosis. Trouble diffus de la cornée. Le 14 juin énucléation (chloroforme).

Suites opératoires. — Pas de fièvre, sauf une poussée thermique à 39 degrés le 18 juin. Les jours suivant, 37 degrés. Le malade quitte l'hôpital le 24 juin.

Examens bactériologiques. — Le pus du vitré contient des polynucléaires sans microbes visibles à l'examen direct. Sur gélose ascite colonies de bacillus subtilis au fond du tube.

OBSERVATION XIX

Plaie pénétrante de la cornée. — Panophtalmie à bacillus subtilis

N° 48102. — R... Nicolas, trente-trois ans, reçoit, le 16 octobre 1911 dans l'œil droit un éclat de pierre. La vue ne se trouble pas immédiatement, mais, le 17, il ressent des douleurs violentes dans l'œil gauche.

Gros œdème des paupières. Cornée trouble. Perforation

au niveau du limbe par où s'écoule un liquide purulent. Chambre antérieure pleine de pus.

Enucléation le 19 octobre (cocaïne et chlorure d'éthyle, Au cours de l'opération, perforation au-dessus du droit interne et issue de vitré.

Suites opératoires. — Dans la soirée du 19 octobre, température 38°2. Pas de fièvre les jours suivants. Pas de douleurs. Bon état de la cavité.

27 octobre. — Le malade quitte l'hôpital.

Examen bactériologique du pus. — Bacilles nombreux intra ou extra-cellulaires, prenant le Gram, identifiés avec le bacillus subtilis.

Autopsie du globe. — Exsudat purulent sur toute la rétine.

OBSERVATION XX

(Chaillous, Soc. d'opht. de Paris, 1906, p. 162.)

Infection traumatique du globe par un bacille sporulé

B..., trente-huit ans, jardinier, vient à la consultation le 9 mai 1905, il a reçu, trois jours auparavant, dans l'œil gauche un corps étranger de nature inconnue, la vision s'est immédiatement troublée.

Le 7, au réveil, la vision était abolie. Douleurs oculaires lancinantes qui ont diminué ensuite.

Examen du 9 mai. — Vision abolie, quelques douleurs, chute de la paupière supérieure qui n'est pas gonflée. Injection sous-conjonctivale. Doulenrs à la pression. Ten-

sion un peu élevée. Cornée trouble; à sa surface, exsudats fibrineux contenant des polynucléaires et des cocci.

On fait une kératotomie, aucun liquide ne s'écoule par l'incision.

10 mai. — Énucléation.

Suites opératoires. — Normales. Le 17 mai, le malade quitte le service.

L'examen anatomique de l'œil montre une iridocyclite avec décollement de la rétine.

L'examen bactériologique montre un bacille fin, prenant le Gram, sporulé, immobile, différent du bacillus subtilis.

OBSERVATION XXI

Corps étranger du vitré. — Panophtalmie

N° 3244. — S..., Henri, quarante-cinq ans, reçoit, le 21 octobre 1903, un éclat d'acier dans l'œil droit. La vision diminue rapidement et l'œil devient très douloureux. Le 22 octobre il vient à la consultation, présentant du gonflement de la paupière supérieure et un hypopyon. On fait un essai infructueux d'extraction du corps étranger et on vide l'hypopyon en pratiquant une kératotomie à la lance.

Le gonflement palpébral augmente les jours suivants, il y a du chémosis, l'hypopyon se reforme. Énucléation le 4 novembre sous chloroforme.

Suites opératoires. — Normales. Le malade quitte l'hôpital le 6 novembre et est revu le 13.

Examen de l'œil énucléé. — Corps étranger dans le

vitré trouble dans lequel existe une infiltration de polynucléaires.

Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXII

Corps étranger métallique du vitré. — Panophtalmie

C... Louis, mécanicien, dix-huit ans, vient consulter, le 5 octobre 1905, parceque, trois jours auparavant, il a reçu un corps étranger dans l'œil droit qui, depuis, est très douloureux, au point de l'empêcher de dormir.

Examen de l'œil droit. — Tuméfaction palpébrale, injection périkératique, cornée grisâtre et trouble, présentant à sa partie inférieure une plaie à moitié cicatrisée. Hypopyon. Tentative d'extraction infructueuse du corps étranger par l'électro-aimant et incision de la partie inféro-interne de la cornée pour évacuer le pus.

10 octobre. — La cornée a repris à peu près sa transparence, il n'y a plus d'hypopyon. Pas de douleur ; pas de photophobie.

14 octobre. — La radiographie révèle un corps étranger intra-oculaire. Tentative d'extraction sans résultat.

18 octobre. — Vision réduite à la projection lumineuse. Hypotonie. Douleurs violentes. Énucléation (chloroforme).

Suites opératoires. — Normales. Le malade est revu le 26 novembre, en excellent état.

Examen anatomique du globe. — On constate un corps étranger pesant 17 milligrammes dans le vitré suppuré. Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXIII

Corps étranger du vitré. — Panophtalmie

N° 43500. — Ch... Paul, vingt-six ans, mécanicien, reçoit, le 9 février 1911, un fragment métallique dans l'œil gauche. Il vient à l'hôpital le 10 février.

On constate alors : plaie scléro-cornéenne, léger pincement irien. Extraction avec l'électro-aimant du fragment métallique de forme pointue.

14 février. — Chémosis, rougeur de la conjonctive. Chambre antérieure trouble. Limitation des mouvements du globe.

18 février. — Douleurs oculaires violentes. Protrusion. Chémosis. Chambre antérieure pleine de pus. Mauvais état général.

Énucléation (chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Pas de douleurs. Température : 38 degrés le soir de l'opération. Apyrexie les jours suivants. Bon état de la cavité. Sortie le 23 février.

Pas d'examen bactériologique.

II. — Panophtalmies secondaires à des lésions cornéennes

OBSERVATION XXIV

Panophtalmie à pneumocoques secondaire à un leucome ulcéré

N° 5112. — B... Alice, dix-huit ans, soignée depuis cinq ans pour trachome et présentant depuis huit mois, au

niveau de l'œil droit, une ectasie cornéenne en forma de kératocone, et recouverte en partie par un vaste leucome, se plaint dans le courant de janvier 1903, de douleurs oculaires et de photophobie. La perception lumineuse jusqu'alors conservée est abolie.

Elle vient à la consultation le 25 janvier, présentant une ulcération au niveau de la partie la plus saillante du leucome. Instillations de pilocarpine.

2 février. — Les douleurs sont de plus en plus vives, la paupière supérieure est énorme. Au centre de la cornée est une fistule par où s'écoule un liquide de louche. Mauvais état général. Énucléation (chloroforme).

Suites opératoires. — Les douleurs disparaissent complètement. Pas de fièvre. La malade quitte l'hôpital le 12 février.

Examen bactériologique du liquide s'écoulant par la fistule : pneumocoques à l'examen direct et en cultures.

OBSERVATION XXV

Staphylome cornéen ulcéré. — Infection pneumococcique à localisation sclérale prédominante

N° 38767. — M... Rosalie, cinquante-six ans, blanchisseuse, a été soignée à plusieurs reprises depuis trois ans pour un ulcère cornéen de l'œil gauche. On lui a fait plusieurs cautérisations au galvano-cautère (la dernière en juin 1910). Elle revient le 15 mars 1911, présentant un staphylome cornéen ulcéré avec réaction conjonctivale intense. Gonflement des paupières et douleurs oculaires très vives. Température 38 degrés.

Énucléation le 18 mars (chlorure d'éthyle). Il existe plusieurs abcès à la surface de la sclérotique. On résèque la partie antérieure du bulbe, puis la partie postérieure. Tout le globe est considérablement épaissi.

Suites opératoires. — Pas de douleurs, pas de fièvre. Un peu de gonflement palpébral persiste pendant huit jours. Sortie de l'hôpital le 28 mars.

Les cultures faites avec le pus des abcès de la sclérotique donnent du pneumocoque.

OBSERVATION XXVI

Panophtalmie secondaire à un ulcère de la cornée

N° 3358. — Le C... François, cinquante-deux ans, vient consulter, le 30 octobre 1903, parce que, depuis deux mois, son œil gauche est rouge, gonflé, douloureux. Il se plaint d'anorexie et d'insomnie.

A son entrée, on constate un œdème des paupières qui sont violacées et une protrusion du globe de 2 centimètres. Le globe forme une masse bourgeonnante, rouge avec une ulcération au centre de la cornée. Sécrétion purulente abondante. Mauvais état général. Température 38°6. Énucléation le 31 octobre.

Suites opératoires. — Les deux jours suivants, température 37°5. Puis apyrexie : cessation complète des douleurs. Sortie de l'hôpital le 12 novembre. Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXVII

Leucome ulcéré. — Panophtalmie

A... Henri, cinquante et un ans porteur depuis trois ans d'un leucome de l'œil droit, vient à la consultation, le 22 juillet 1905, parceque son œil est douloureux et rouge depuis quinze jours et présente de la suppuration depuis trois jours.

Les paupières sont gonflées, rouges et collées, la conjonctive est épaissie, jaunâtre, tomenteuse. A la partie inférieure du globe on découvre trois pertuis par lesquels sourd un pus épais, blanchâtre.

L'énucléation est immédiatement pratiquée sous chloroforme. L'opération est difficile à cause des perforations du globe.

Suites opératoires. — Cessation des douleurs. Pas de fièvre. Un peu de gonflement palpébral persiste pendant cinq jours. Sortie le 5 août.

Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXVIII

Panophtalmie consécutive à taie ulcérée de la cornée

N° 38260. — U... Jules, vingt-deux ans, plâtrier, porteur depuis l'enfance d'une taie centrale de l'œil droit, vient à la consultation, le 22 avril 1910, parce que depuis huit jours, son œil est rouge et douloureux.

On constate un gros œdème rosé des paupières, un

bourrelet chémotique autour de la cornée ; la chambre antérieure est pleine de pus, les milieux sont inéclairables, les mouvements de l'œil limités, le globe douloureux à la pression. Température : 38 degrés.

Énucléation le 23 avril (chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Température 38°4 le soir de l'opération, 37 degrés les jours suivants. Le gonflement palpébral persiste quatre jours. Sortie le 1er mai.

Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXIX

Panophtalmie secondaire à ulcération de la cornée

N° 38377. — G...Baptiste, cinquante et un ans, acrobate, porteur depuis quatre mois d'une taie de l'œil droit, consécutive à une ulcération traumatique, vient à la consultation, le 28 avril 1910, parceque, depuis trois jours, son œil est gonflé et très douloureux.

Les paupières sont rouges et œdématiées, il existe un gros chémosis avec rougeur intense; la cornée est amincie et ectasiée à sa partie moyenne, ne laissant pas voir la chambre antérieure. Le globe est très douloureux à la pression. Température : 38°3.

Énucléation le 30 avril (cocaïne et chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Pas de fièvre, cessation des douleurs. Sortie le 5 mai. Pas d'examen bactériologique.

OBSERVATION XXX

Panophtalmie secondaire à ulcération de la cornée.

N° 46107.— C... Maurice, dix-neuf mois, entre à l'hôpital, le 29 juin 1911, pour une ulcération de la cornée apparue à

la suite d'une rougeole récente. Cette ulcération occupe la presque totalité de la cornée ; la chambre antérieure est pleine d'une masse jaunâtre.

3 juillet. — Élimination de la cornée et suppuration de tout le segment antérieur.

5 juillet. — Énucléation (chloroforme).

Suites opératoires. — Pas de fièvre. Sortie le 13 juillet. Revu le 13 septembre en bon état.

Pas d'examen bactériologique.

III. — Panophtalmies métastatiques

OBSERVATION XXXI

(Morax, Soc. d'opht. de Paris, 1904, p. 140.)

Endocardite végétante ; iridochoroïdite bilatérale avec abcès annulaire de la cornée

Basilia R..., quarante-sept ans, souffrant d'une affection pulmonaire aiguë depuis les premiers jours de janvier 1904, entre, le 17 janvier, à l'hôpital Lariboisière avec une fièvre vive et un délire subaigu qui persistera jusqu'à sa mort. Elle présente des signes de congestion au sommet du poumon droit ; le pouls qui s'accélère progressivement et des signes stéthoscopiques font penser à la possibilité d'une endocardite infectieuse. La malade ne paraît pas voir nettement.

19 janvier. — L'examen oculaire montre pour l'œil droit un trouble diffus de la cornée et un exsudat purulent dans la chambre antérieure avec injection conjonctivale ; dans l'œil gauche, des symptômes d'iritis légère qui res-

teront stationnaires, tandisqu'à droite l'exsudat purulent de la chambre antérieure augmente considérablement. L'énucléation de cet œil est pratiquée le 22 janvier avec anesthésie à la cocaïne. La température, qui s'était maintenue entre 39°6 et 40°4 depuis son entrée, tombe, en vingt-quatre heures, à 38°3 pour remonter aussitôt à 40°5.

La mort survient le 25 janvier, au matin.

L'autopsie montre des adhérences pleurales sur toute l'étendue du poumon gauche et un léger dégré de congestion, des lésions très manifestes d'endocardite végétante sur la grande valve de l'orifice mitral, quelques infarctus du rein et de la rate, pas de lésions encéphaliques.

L'autopsie de l'œil énucléé montre, outre l'infiltration cornéenne, des exsudats purulents dans la rétine, au niveau du corps ciliaire et dans la chambre antérieure, contenant du pneumocoque à l'état de pureté.

Les coupes de la végétation de la valvule mitrale montrent une infiltration par le pneumocoque du tissu néoformé.

Le sang du cœur prélevé sur le cadavre donne une culture de pneumocoques.

OBSERVATION XXXII

Panophtalmie métastatique à pneumocoques avec abcès annulaire de la cornée

N° 24711. — B... Marie, soixante-quinze ans, ménagère, sans antécédents notables, entre à l'hôpital, le 10 mars 1908, se plaignant depuis quatre jours de mouches volantes

dans l'œil droit, puis de douleurs oculaires térébrantes, enfin de diminution de la vision.

A son entrée on constate que les deux paupières de l'œil droit sont œdématiées, que la conjonctive tarsienne et bulbaire est très injectée, que la cornée est trouble, présentant dans son épaisseur une infiltration en forme d'anneau blanc jaunâtre, limité en dehors par le limbe. Les milieux sont inéclairables. La vision est nulle. Les douleurs oculaires persistent.

Le lendemain 11 mars, on fait l'énucléation sous chloroforme de cet œil et l'examen direct du pus oculaire, complété par les culture montre la présence de pneumocoques.

12 mars. — La malade n'a plus souffert, a bien dormi.

13 et 14 mars. — la malade se plaint de vives douleurs fronto-pariétales, que l'aspirine calme momentanément. La température est à 39°1, la malade est un peu dyspnéïque, mais on ne note rien aux poumons.

15 mars. — Il y a sédation des douleurs et apyrexie ; le 16 les douleurs reparaissent. mais il n'y a pas de fièvre. l'état général est bon, la malade mange avec appétit.

16 mars. — L'examen otorhinoscopique pratiqué dans le service de M. Sébileau révèle : atrophie des cornets des deux côtés et de la muqueuse nasale et pharyngienne, otite subaiguë ancienne de l'oreille gauche, actuellement cicatrisée. Rien à la mastoïde ni aux sinus.

17 au 23 mars. — La température s'élève et se maintient autour de 39 degrés, le pouls est à 120, la malade se plaint de céphalée temporale et de douleur au niveau de l'épaule droite qui est un peu augmentée de volume.

Il existe un œdème léger généralisé et un peu de dyspnée. Les urines contiennent de l'albumine (0 gr. 30 par litre).

Une ponction lombaire est faite le 17 mars. Le liquide sort en jet; ensemencé dans le bouillon, il ne produit aucun développement. L'ensemencement du sang retiré par ponction veineuse ne donne lieu non plus à aucun développement. L'examen cytologique révèle une forte polynucléose (27.000 leucocytes ; o/o : polynucléaires 85, grands-mononucléaires 13, moyens mononucléaires 1, lymphocytes 1).

24 mars. — La température tend à baisser : 38°5 ; l'état général est meilleur, le pouls est à 100. Comme la malade a présenté un écoulement vaginal fétide, on fait pratiquer un examen gynécologique (service du Dr Chaput). mais il n'y a pas de lésions vaginales ou utérines.

27 mars. — L'épaule n'est presque plus douloureuse et les mouvements du bras se font facilement. Température : 37°4-38 degrés. Pouls 100.

30 mars. — Apyrexie. Bon état général. La malade a encore un peu de sensibilité sur la clavicule droite, mais remue bien son bras.

Sortie de l'hôpital le 5 avril.

OBSERVATION XXXIII

Panophtalmie par infection endogène pneumococcique d'origine hépatique.

N° 27521. — L... Marie, cinquante ans, est admise d'urgence à l'hôpital le 8 novembre 1908.

Antécédents personnels. — La malade a été opérée il y a quinze ans pour lithiase biliaire. On lui aurait retiré

une trentaine de calculs. Depuis lors, elle a toujours de fréquentes crises de colique hépatique. Il y a quinze jours, elle a eu de la fièvre avec de l'ictère et des douleurs dans le côté droit. Quelques jours après elle a été prise de douleurs dans l'œil gauche et dans la tête du même côté, et la vision s'est troublée rapidement. Le 6 novembre, le gonflement des paupières de l'œil gauche était très marqué, la vision a peu près abolie ; la céphalée et les douleurs oculaires étaient si vives que son médecin lui a conseillé d'entrer à l'hôpital.

Examen du 8 novembre. — État général : téguments jaunes, langue saburrale, ventre ballonné et très douloureux à la pression. Température : 38°9. Pouls : 104.

Œil gauche : gros œdème des paupières qui sont violacées. En relevant la paupière supérieure on voit suinter un liquide séro-sanguinolent. Le globe est en exophtalmie. La conjonctive est très boursouflée, en chémosis intense la cornée lisse, la chambre antérieure effacée. Tout le champ pupillaire est occupé par une masse jaunâtre. Les milieux sont inéclairables. Acuité visuelle totalement abolie.

La malade est dans un état de prostration telle qu'on hésite à intervenir ; mais comme elle se plaint continuellement de son œil, on se résout à faire l'énucléation le 8 novembre.

L'examen direct du pus oculaire montre des pneumocoques typiques qu'on retrouve le lendemain dans les cultures.

Suites opératoires. — Le 9 novembre, température 38,3, la malade se sent très fatiguée, la langue est sèche, le ventre moins tendu et moins douloureux ; l'ictère est un

peu moins accusé, les urines sont de couleur rouge foncée. A la base du poumon gauche, petits râles disséminés ; à la pointe du cœur souffle systolique.

10 novembre. — La malade est dans un état de torpeur qui nécessite une piqûre d'huile camphrée, à la suite de laquelle elle se ranime un peu.

A 9 heures du matin, elle est dans le même état d'hébétude, répondant à peine aux questions, se plaignant de souffrir de la tête. La respiration est régulière, le pouls à 100 assez bien frappé, les battements cardiaques irréguliers, quelques râles à la base gauche. Température : 39 Urines : 500 grammes. On fait une piqûre d'huile camphrée et une piqûre de caféine.

Dans la journée, elle ne répond plus du tout, présente des soubresauts tendineux et de la raideur des mâchoires. Au niveau de l'œil opéré existe un léger hématome orbitaire sans réaction locale.

Mort. — Dans le coma à 5 heures 1/2 du soir.

Autopsie. — 12 novembre. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate des adhérences péri-hépatiques très marquées. La *vésicule biliaire* se dissimule sous des adhérences épiploïques très épaisses. Après l'avoir ouverte on tombe sur un conduit cylindrique rempli de masses calculeuses de couleur brune verdâtre. Le *foie* pèse 1.800 grammes, présente l'aspect de foie de cirrhose biliaire avec petits abcès superficiels.

Rate. — Volumineuse, ferme, pèse 450 grammes, pas de lésions macroscopiques.

Reins. — Congestionnés, se décortiquent difficilement.

La substance corticale est diminuée. Poids : rein droit 250 grammes, rein gauche 245 grammes.

Cœur. — Pas de lésions macroscopiques.

Poumons. — Congestions des deux bases, pas d'épanchement pleural, pas d'adhérence, pas de tuberculose.

Cerveau. — Petits abcès sus-méningiens au niveau du bord supéro-externe des hémisphères ; contenant un pus jaunâtre.

Au niveau de la base, exsudat purulent recouvrant le chiasma, les pédoncules.

Examens bactériologiques. — Les frottis et les cultures faites avec le contenu de la vésicule et le pus des abcès méningiens montrent la présence de pneumocoques.

OBSERVATION XXXIV

(Chailloux, Soc. d'opht. de Paris, 1905, p. 34.)

Choroïdite métastatique à streptocoques avec perforation sclérale et abcès sous-conjonctival

N° 8332. — D... Anna, vingt-neuf ans, enceinte de quatre mois et demi, entre à l'hôpital le 18 octobre 1904. Au début d'octobre, elle a été soignée pour menace de fausse couche. Depuis le 15, l'œil gauche est gonflé et la vision nulle.

A son entrée on note : tuméfaction et œdème de la région orbitaire gauche et de la paupière, sécrétion purulente, chémosis, fistule conjonctivale dans la région externe par où s'écoule du pus ; œil immobile, milieux inéclairables ; cécité absolue. Température : 38° 7.

Au niveau du cou existe un abcès qu'on incise, dont le pus contient du streptocoque.

Énucléation le 23 octobre. L'orifice conjonctival se continue par un trajet fistuleux jusqu'à la zone d'insertion du droit externe où existe une large perforation, par laquelle fait issue, pendant l'opération, une partie du vitré transformé en masse purulente.

Suites opératoires. — Très bonnes. Pas de fièvre. Sortie le 11 novembre.

L'examen bactériologique du pus recueilli au niveau de l'orifice fistuleux montre du streptocoque intra et extra-cellulaire avec des grains de pigment de l'uvée.

OBSERVATION XXXV

Panophtalmie métastatique à streptocoque secondaire à un panaris

N° 12606. — K... Léon, quarante-huit ans, syphilitique, entre à l'hôpital, le 11 septembre 1905, pour gonflement de l'œil gauche.

Il y a une quinzaine de jours, il a eu un panaris des deux premiers doigts de la main gauche, qu'on a incisé le 6 septembre. Deux jours après il est pris d'un violent point de côté dans l'hypochondre gauche et de frissons.

L'état oculaire de l'œil gauche à son entrée est le suivant : gonflement considérable des paupières, saillie du globe, chémosis. Pupille présentant un flou grisâtre, Douleurs violentes.

Mauvais état général, langue saburrale. Température : 38°7. Pouls : 80.

Énucléation le 12 septembre (chloroforme). L'œil, très adhérent, se perfore au cours de l'opération.

Suites opératoires. — La température reste autour de 38 degrés pendant cinq jours.

19 septembre. — Apyrexie. Pas de douleurs. Le 20 septembre, on constate sur la face antérieure de la jambe gauche une tuméfaction allongée, rouge, douloureuse.

Le malade quitte l'hôpital le 24 septembre.

Examen bactériologique. — Frottis et cultures : streptocoque.

OBSERVATION XXXVI

Ophtalmie métastatique à streptocoques post-puerpérale

N° 13708. — A... Justine, vingt-huit ans, a accouché le 27 décembre 1905. Le lendemain de son accouchement elle a eu de la fièvre et s'est plainte de courbature. Cet état persiste depuis lors.

10 décembre. — L'œil gauche commence à augmenter de volume et devient douloureux.

14 décembre. — L'état de l'œil droit est le suivant : léger gonflement de la paupière supérieure, sécrétion purulente dans la commissure. Cornée grisâtre, dépolie, infiltrée dans son bord supéro-interne. A 11 heures perforation du globe dont le centre est occupé par un exsudat visqueux, grisâtre. Avec l'aiguille de platine on pénètre dans le vitré par cet orifice. L'examen immédiat sur lames du liquide montre des streptocoques en abondance.

14 décembre. — Énucléation (chlorure d'éthyle).

Suites opératoires. — Normales. La malade retourne à la maternité et est revue un mois après.

OBSERVATION XXXVII

Ophtalmie métastatique à streptocoques

N° 17568. — C... Anasthasie, soixante-trois ans, journalière, vient à l'hôpital le 31 octobre 1906, se plaignant d'une sensation de gravier dans l'œil gauche, avec diminution de l'acuité visuelle, sans douleurs. Cet état dure depuis quinze jours.

On constate à son entrée un gros œdème de la paupière supérieure, un chémosis intense recouvrant presque entièrement la cornée, un hypopyon assez marqué. Pas de fièvre.

Énucléation le 3 novembre (chloroforme).

Suites opératoires. — Température 38 degrés pendant quatre jours, puis apyrexie. La malade est passée en médecine le 20 novembre.

Examen microscopique et cultures du pus oculaire : streptocoques.

OBSERVATION XXXVIII

Ophtalmie métastatique à streptocoques

N° 21754. — H... Émile, soixante-trois ans, vient à la consultation, le 17 août 1907, parce que, depuis trois jours, l'œil droit est douloureux, augmente de volume, la vision baisse, il a quelques maux de tête ; pas de fièvre.

Comme antécédents personnels, il a eu, il y a quatre ans un phlegmon de la main droite et des abcès multiples de la poitrine dont il reste encore quelques petites fistules.

L'état de l'œil droit à son entrée est le suivant: exophtalmie, œdème des paupières, mouvements de l'œil limités, cornée très terne, bourrelet chémotique au niveau de la région intérieure, chambre antérieure trouble.

Les jours suivants, l'état est stationnaire, l'œil douloureux.

Énucléation le 26 août. On tombe sur une tumeur orbitaire.

Suites opératoires. — Pas de douleur, pas de fièvre. Apparition le 2 septembre d'un abcès de l'aisselle gauche, qu'on incise le 10 septembre. Le malade est passé en médecine le 17 septembre.

Examen bactériologique du pus de l'œil et de l'abcès de l'aisselle : streptocoque.

OBSERVATION XXXIX

Irido-choroïdite suppurée métastatique à streptocoques

N° 30786. — V... Antoinette, quarante-six ans, vient consulter le 3 février 1909. Elle a probablement fait, il y a quinze jours, une fausse couche de six semaines, à la suite de laquelle elle a eu de la fièvre et s'est alitée quelques jours.

Depuis six jours, elle ressent des maux de tête, des douleurs dans l'œil gauche qui commence à augmenter de volume, en même temps que la vision baisse.

L'état oculaire à son entrée est le suivant: gros œdème

des paupières, conjonctive injectée et sécrétion purulente abondante. Cornée opaque. Chambre antérieure profonde. Iris grisâtre. Mydriase. Milieux inéclairables. Tension + 1. Protrusion du globe, vision nulle. Pas de douleurs spontanées, mais sensibilité du globe à la pression. Température : 38°4.

4 février. — L'hypertension a diminué, le pus s'est fait jour à travers la sclérotique et s'écoule abondamment. Température 38°4.

Les jours suivants, la température est autour de 38°5, l'état général est mauvais, la malade se plaint de douleurs temporo-occipitales. L'état local ne se modifie pas.

Énucléation (chloroforme) le 10 février. On constate une vaste perforation sclérale au niveau de la fistule.

Suites opératoires. — La malade a souffert pendant la nuit, mais les douleurs se sont calmées dès le lendemain matin. Le 13 février, apyrexie. Pas de douleurs. La malade quitte l'hôpital le 26 février.

L'examen microscopique du pus montre la présence de streptocoques et de pigment irien.

OBSERVATION XL

Panophtalmie métastatique

(Oreste, *Ann. d'Ocul.*, t. 142, p. 373.)

N° 32841. — L... Auguste, soixante ans, terrassier, souffrant depuis quelques temps de rétrécissement des voies urinaires et de cystite. Vient à l'hôpital le 30 mai 1909, se plaignant, depuis deux jours, de son œil gauche.

dont la vision a beaucoup baissé. Le 30, on constate : œdème des paupières, exophtalmie, chémosis, cornée trouble, hypopyon, milieux inéclairables, vision réduite à la perception lumineuse, douleurs orbitaires. Énucléation le 31 juin (cocaïne et chloroforme). Suites opératoires normales. Sorti de l'hôpital le 10 juin.

L'infection est due à un bacille anaérobie facultatif, à bouts arrondis, ressemblant au bacterium coli ; mais en différant par son inactivité à l'égard des sucres.

OBSERVATION XLI

Uvéite bacillaire avec ectasie sclérale et abcès sous-conjonctival

N° 44433. — G... Léon, trente-trois ans, garçon de magasin, vient à l'hôpital, le 18 avril, pour rougeur et gonflement de l'œil droit.

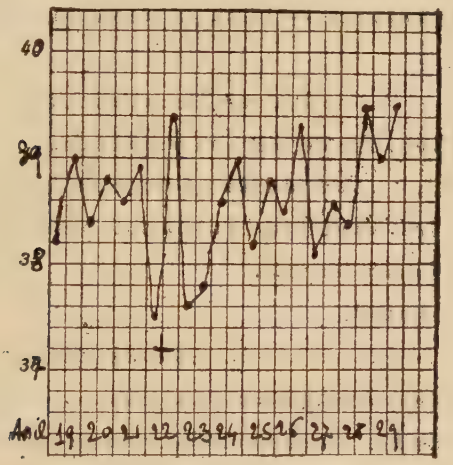
Antécédents. — Son père est mort à quarante-trois ans de tuberculose pulmonaire. Lui-même a eu six enfants, dont quatre sont morts, l'un du croup, les autres d'affections sur lesquelles il ne peut donner de renseignements.

Depuis longtemps, le malade tousse, surtout pendant l'hiver. Jamais de maladie oculaire.

Histoire de la maladie. — — Il y a environ un mois l'œil droit rougit progressivement et devient douloureux, la vision diminue. Le 1er avril, à la consultation, on diagnostique iritis et on constate une acuité visuelle réduite : le malade compte les doigts à 50 centimètres.

L'infiltration des tissus périoculaires augmente et le globe repousse les paupières en avant.

Examen du 19 avril. — O. D. : la paupière supérieure recouvre le globe et est œdématiée dans la partie nasale. La conjonctive bulbaire est vascularisée et œdématiée. La cornée transparente laisse voir une chambre antérieure effacée avec hyphéma. La sclérotique distendue et irrégu-



lière, donne un aspect irrégulier au globe oculaire. L'iris présente un aspect légèrement trouble, le bord pupillaire est irrégulier à cause de la présence de synéchies. Les milieux sont inéclairables.

L'œil gauche est normal.

Température : 38°1-39 degrés. La malade se plaint de céphalée violente.

21 avril. — Mauvais état général, la céphalée persiste, le malade dort mal. Température : 39 degrés.

Sous la conjonctive bulbaire, on voit deux foyers puru-

lents soulevant la muqueuse. On ponctionne ces abcès qui contiennent des bacilles de Koch en nombre considérable.

22 avril. — La température a baissé : 37°5. On pratique l'énucléation de l'œil droit, avec anesthésie chloroformique. Au cours de l'opération on constate deux perforations spontanées du globe, l'une au niveau de l'insertion du droit supérieur, l'autre au niveau de l'insertion du droit interne.

Suites opératoires. — Dans la soirée du 22, température : 39°4.

23 avril. — Pas de douleurs, le malade dort bien. Température : 37°6. Pas de réaction palpébrale.

24-27 avril. — Température autour de 39 degrés. Le malade est très affaibli ; il ne se plaint pas de douleurs, mais reste dans la torpeur.

Mort le 30 avril.

Autopsie.— 1e mai. — Le *poumon gauche* est normal, *le poumon droit* présente des granulations sous-pleurales et un tubercule ramolli du volume d'une noix au sommet.

Le cœur est normal.

Le foie pèse 1.955 grammes, il est gras et cirrhotique.

Les reins se décortiquent bien, ne présentent pas d'altérations.

La rate présente quelques granulations sous-péritonéales.

Cerveau.— Sur l'hémisphère gauche, au niveau de la région pariétale, existe un placard de méningite localisée Pas de lésions au niveau de la base.

Examens bactériologiques. — Le pus des abcès sous-

conjonctivaux, ponctionnés le 21 avril, présente, à l'examen direct, des bacilles tuberculeux abondants.

Le 22 avril on injecte à un cobaye de 1.015 grammes, sous la peau de l'abdomen, deux fragments de sclérotique. Le 6 mai adénopathie inguinale. Le 12 mai, poids : 715 gr. Le cobaye est tué. L'autopsie montre que le foie et la rate sont pleins de granulations, et que les ganglions contiennent des bacilles de Kock. Les cultures sur pomme de terre donnent des colonies abondantes et luxuriantes de bacilles de Koch.

Examens histologiques. — Les coupes du placard méningitique de l'hémisphère gauche, montrent la présence de bacilles tuberculeux abondants.

Au niveau du *chiasma* et des *nerfs optiques*, pas de bacille et aucune lésion tuberculeuse.

Le *globe oculaire* présente des lésions de tuberculose choroïdienne à évolution aiguë et à type purulent, ressemblant à la panophtalmie produite par un pyogène.

OBSERVATION XLII

Irido-choroïdite suppurée

N° 32665.— F... Gustave, cinquante-sept ans, vient consulter, le 25 mai 1909, parce que, depuis huit jours, son œil gauche est rouge et très douloureux.

Il a reçu dans cet œil un coup, il y a dix ans ; depuis deux ans, il ressent des élancements dans l'œil et la vue baisse pour les deux yeux. Le malade est diabétique depuis trois ans.

L'état oculaire est le suivant : œdème et rougeur des paupières, infection périkératique, chémosis, chambre antérieure pleine de pus, iris et pupille complètement cachés. Tension +1. Pression du globe douloureuse ; douleurs spontanées périorbitaires survenant par crises, Vision nulle.

L'œil droit présente de l'atrophie papillaire $V = \frac{2}{15}$.

Énucléation le 26 mai (cocaïne),

Suites opératoires. — Pas de douleurs. Le malade quitte l'hôpital le 5 juin 1909.

Pas d'examen bactériologique.

I. — PANOPHTALMIES TRAUMATIQUES

Nom et âge	Nature du traumatisme	Date de l'énucléation	Nombre de jours entre l'énucléation et la sortie de l'hôpital	Bactériologie
1. — R..., 34 ans..	Plaie pénétrante de la cornée.	14 avril 1904.	9	Pneumocoque.
2. — C..., 64 ans ..	Plaie pénétrante de la sclérotique	5 juillet 1906.	16	Id.
3. — A..., 51 ans..	Ulcère traumatique de la cornée.	2 octobre 1909.	7	Id.
4. — E..., 5 ans....	Plaie pénétrante de la cornée.	31 janvier 1910.	8	Id.
5. — G..., 29 ans ..	Plaie pénétrante de la cornée.	27 avril 1910.	14	Id.
6. — C..., 30 ans...	Corps étranger intra-oculaire.	30 avril 1910.	5	Id.
7. — L..., 62 ans ..	Infection post-opératoire.	4 décembre 1908.	11	Id.
8. — J..., 31 ans...	Plaie pénétrante de la cornée.	4 juillet 1904.	5	Bacillus perfringens.
9. — B..., 14 ans ..	Corps étranger intra-oculaire.	18 mars 1905.	5	Id.
10. — M..., 34 ans..	Corps étranger intra-oculaire.	5 novembre 1908.	4	Id.
11. — C..., 21 ans ..	Plaie de la région ciliaire.	5 mars 1910.	4	Id.
12. — B..., 20 ans ..	Corps étranger intra-oculaire.	15 juin 1910.	5	Id.
13. — Le G..., 24 ans.	Corps étranger intra-oculaire.	13 janvier 1912.	7	Id.
14. — L..., 26 ans...	Plaie pénétrante de la cornée	22 juillet 1910.	7	B. perfringens et staphylocoque doré.
15. — V..., 2 ans ...	Plaie pénétrante de la cornée.	3 novembre 1903.	16	Bacille anaérobie et staphylocoque.
16. — M..., 30 ans..	Plaie pénétrante de la cornée.	24 avril 1909.	6	Bacille anaérobie et cocci.
17. — Le B..., 26 ans.	Plaie pénétrante de la cornée.	24 juin 1904.	4	Bacillus subtilis et streptocoque.
18. — P..., 50 ans...	Corps étranger du vitré.	14 juin 1911.	10	Bacillus subtilis.
19. — R..., 33 ans ..	Plaie pénétrante de la cornée.	19 octobre 1911.	8	Id.
20. — B..., 38 ans ..	Infection traumatique.	10 mai 1905.	7	Bacille sporulé.
21. — S..., 45 ans..	Corps étranger du vitré.	4 novembre 1903.	12	Pas d'examen bactériologique.
22. — C..., 18 ans ..	Corps étranger du vitré.	18 octobre 1905.	4	Id.
23. — Ch..., 26 ans.	Corps étranger du vitré.	18 février 1911.	5	Id.

II. — PANOPHTALMIES SECONDAIRES A DES LÉSIONS CORNÉENNES

Nom et âge	Nature de la lésion cornéenne	Date de l'énucléation	Nombre de jours entre l'énucléation et la sortie de l'hôpital	Bactériologie
24. — B..., 18 ans..	Leucome ulcéré.	2 février 1904.	10	Pneumocoque.
25. — M..., 56 ans..	Staphylome ulcéré.	18 mars 1911.	10	Id.
26. — L. C..., 52 ans.	Ulcère de la cornée.	31 octobre 1903.	12	Pas d'examen bactériologique.
27. — A..., 51 ans..	Leucome ulcéré.	22 juillet 1905.	14	Id.
28. — U..., 22 ans..	Taie ulcérée.	23 avril 1910.	7	Id.
29. — G..., 51 ans.	Ulcération de la cornée.	30 avril 1910.	5	Id.
30. — C..., 1 an 1/2.	Ulcération de la cornée.	5 juillet 1911.	8	Id.

III. — PANOPHTALMIES MÉTASTATIQUES

Nom et âge	Diagnostic	Date de l'énucléation	Nombre de jours entre l'énucléation et la sortie de l'hôpital	Bactériologie
31. — R..., 47 ans..	Endocardite. Iridochoroïdite bilatérale. Abcès annulaire de la cornée.	22 janvier 1904.	Mort le 25 janvier.	Pneumocoque.
32. — B..., 75 ans...	Iridochoroïdite. Abcès annulaire de la cornée.	11 mars 1908.	25	Id.
33. — L..., 50 ans..	Infection endogène d'origine hépatique. Ophtalmie métastatique.	8 novembre 1908.	Mort le 10 novembre.	Id.
34. — D.... 29 ans..	Choroïdite métastatique *post-abortum*.	23 octobre 1904.	19	Streptocoque.
35. — K..., 48 ans ..	Panophtalmie métastatique secondaire à un panaris.	12 septembre 1905.	12	Id.
36. — A..., 28 ans...	Ophtalmie métastatique post-puerpérale.	14 décembre 1905.	Revue un mois après.	Id.
37. — C..., 63 ans ..	Ophtalmie métastatique.	3 novembre 1906.	17	Id.
38. — H..., 63 ans ..	Ophtalmie métastatique.	26 août 1907.	22	Id.
39. — V..., 46 ans ..	Iridochoroïdite suppurée *post-abortum*.	10 février 1909.	16	Id.
40. — L..., 60 ans ..	Panophtalmie métastatique.	31 juin 1909.	11	Bacille anaérobie.
41. — G..., 33 ans...	Uvéite. Abcès sous-conjonctival	22 avril 1911.	Mort le 30 avril.	Bacille de Koch.

CHAPITRE III

REMARQUES SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

La série des 42 observations que nous venons de rapporter, montre que sur le chiffre total des 211 énucléations, la panophtalmie a été en cause dans un cinquième des cas. Parmi ces 42 observations, il y a 3 cas de mort que nous aurons à examiner en détail. Mais il faut noter dès à présent que pour tous les trois la mort s'est produite, au cours de panophtalmie d'origine interne, métastatique, tandis que dans les panophtalmies d'origine externe l'énucléation a toujours été suivie de bons résultats.

Nous avons à examiner successivement : 1° les panophtalmies d'origine externe, comprenant celles qui ont été secondaires à un traumatisme ou à une lésion cornéenne; 2° les panophtalmies d'origine endogène.

§ *Panophtalmies d'origine externe*

Au nombre de 30, elles se répartissent ainsi : 7 consécutives à des lésions cornéennes, 1 postopératoire à la suite d'extraction de cristallin cataracté, enfin 22 venant compliquer un traumatisme, plaie pénétrante

de la cornée ou de la sclérotique avec présence variable d'un corps étranger intra-oculaire, enlevé ou non au moyen de l'électro-aimant.

Ce sont surtout ces panophtalmies traumatiques qui méritent de nous arrêter : ce sont des faits de ce genre qu'ont eu en vue les adversaires de l'énucléation et nous pouvons leur opposer cette série absolument favorable, malgré la virulence des microbes en cause, malgré la rupture du globe avec issue de pus qui s'est quelquefois produite pendant l'intervention.

L'examen bactériologique qui, à trois exceptions près, a toujours été fait, montre que les microbes les plus fréquemment trouvés sont le pneumocoque, le bacillus perfringens et le bacillus subtilis, ces deux derniers sont souvent en cause à la suite de blessures par des instruments souillés de terre ; viennent ensuite le streptocoque et le staphylocoque. Malgré le caractère hautement nocif du bacillus perfringens les suites opératoires ont été très brèves, quatre à sept jours. Quant au pneumocoque, nous le retrouverons comme agent particulièrement grave des panophtalmies métastatiques ; ici, dans ces infections d'origine externe et localisées, il se montre bénin au moins quant au pronostic vital.

Nous avons vu, dans le chapitre premier, que les auteurs qui ont rapporté des cas mortels après énucléation ont, en général, insisté sur le danger de la rupture du globe au cours de l'opération, accident toujours possible et qui a pour conséquence, l'issue

de pus ou de liquide septique venant contaminer la plaie. L'infection se propagerait ensuite le long des gaines du nerf optique et atteindrait les méninges. Ainsi s'expliquerait la méningite après énucléation. Or, dans nos observations IV, XV et XIX, il est noté que le globe a été perforé ou s'est rompu. Dans l'observation IV même il a fallu procéder en deux temps et enlever par morceaux le segment postérieur de l'œil. Dans le cas unique (n° VII) où la panophtalmie vint compliquer une opération, il y eut aussi issue de pus par la plaie cornéenne. Malgré cela ni le pneumocoque, ni le bacillus subtilis qui étaient en cause ne provoquèrent de complications et la convalescence des malades fut de huit à seize jours.

C'est d'ailleurs en moyenne une semaine que les sujets ont été gardés en observation. Quatre jours ont même parfois suffi. D'une façon générale, il n'y a pour ainsi dire pas eu de fièvre, à part une légère ascension thermique autour de 38 degrés le soir de l'opération, et très exceptionnellement les deux ou trois jours suivants. Les douleurs, souvent atroces, ont été presque toujours immédiatement supprimées.

Dans ces conditions, l'énucléation nous paraît préférable à l'exentération dont les suites opératoires sont souvent longues et qui garantit un peu moins sûrement de l'ophtalmie sympathique. De plus, seule, l'énucléation rapidement pratiquée préserve de la possibilité d'une infection tétanique par la plaie oculaire. Nous n'avons pas eu de fait de ce genre à

rapporter, mais une observation récemment publiée de Pincus autorise cette opinion : son malade mourut du tétanos ; on est en droit de penser que si l'énucléation avait été promptement faite, le tétanos eût été peut-être prévenu, ainsi que cela s'est vu dans le cas de Wirtz auquel il fait allusion.

Quant aux panophtalmies venant compliquer les lésions de la cornée, dans lesquelles nous retrouvons le pneumocoque comme agent microbien, elles bénéficient au même titre de l'énucléation, en ce sens que les douleurs sont supprimées et la convalescence est rapide. Nous sommes donc bien autorisés, croyons-nous,à admettre le peu de danger et les bons résultats de l'énucléation dans les panophtalmies d'origine externe.

§ 2. — *Panophtalmies d'origine interne*

Ces panophtalmies sont d'un pronostic beaucoup plus sérieux que les précédentes, car elles sont la conséquence d'une infection sanguine qui donne souvent lieu à un état général grave. De l'avis d'auteurs peu partisans de l'énucléation (Pflueger, J. Terson), c'est dans des faits de ce genre surtout qu'on a vu la mort suivre cette opération. Mais certains défenseurs même de celle-ci, dans la panophtalmie traumatique, la considèrent comme au moins inutile dans le cas qui nous occupe.

Elles sont au nombre de 12, dans notre statistique,

L'examen bactériologique qui n'a fait défaut que dans un cas montre l'infection due ne fois à un bacille anaérobie spécial (n° 40), une fois au bacille de Koch, six fois au streptocoque et cinq fois au pneumocoque, ces derniers cas étant les plus graves puisque deux d'entre eux furent mortels.

Le premier de ceux-ci (n° 31) a déjà été analysé par MM. Legendre et Morax, qui mentionnent, en 1904, une vingtaine d'observations publiées de septicémie pneumococcique avec localisation oculaire ; nous pouvons ajouter à ces cas ceux de Malfi, de Lagrange. Dans la plupart de ces faits on trouve un état broncho-pulmonaire plus ou moins accentué, à l'origine de la septicémie qui est venu le compliquer et qui a donné lieu à la localisation métastatique oculaire. C'est ainsi que, dans le cas présent, l'infection pulmonaire a précédé l'endocardite et la panophtalmie. Donc la mort a bien été le fait de l'infection générale, l'état oculaire étant d'ailleurs aussi particulièrement sérieux, puisque les deux yeux étaient atteints et que celui qui fut énucléé était porteur de cette infiltration de la cornée qui prend le type dit « abcès annulaire ». L'autopsie, si elle révéla les lésions cardiaques auxquelles nous avons fait allusion, ne montra aucune lésion méningée. L'énucléation ne peut donc être rendue responsable du décès de cette malade. Reprochera-t-on au chirurgien d'être intervenu dans un cas pareil ? Mais il s'agissait de calmer des phénomènes très douloureux

au niveau de l'œil et l'intervention n'avait pas d'autre but. Elle n'a pas eu non plus d'influence sur la marche générale de la maladie.

Dans le deuxième cas de mort (n° 33), l'autopsie montra des lésions de méningite sous forme de petits abcès contenant du pneumocoque au niveau de la convexité et d'un exsudat purulent recouvrant le chiasma et les pédoncules. Faut-il incriminer pour cela l'énucléation pratiquée deux jours auparavant ? Remarquons qu'il s'agit d'un sujet ayant eu de fréquentes crises de colique hépatique, porteur d'une cirrhose biliaire et qui fut amené dans un état général très grave, avec fièvre à 38°9, ictère, douleurs dans le côté droit et enfin des douleurs oculaires violentes rendant tout repos impossible. L'énucléation n'eut ici encore d'autre but que de calmer ces souffrances, elle n'a pas amélioré la malade, car tout, dans la marche générale de la maladie, indique qu'il s'agit d'une infection générale grave, à point de départ vésiculaire et à localisation cérébrale et oculaire. Notons la ressemblance dans l'allure, mais non dans l'agent microbien, entre ce cas et un cas de Dor de panophtalmie bilatérale, consécutive à une cholécystite suppurée, où la mort survint aussi, après incision de l'abcès et ouverture (mais non énucléation) des deux yeux ; Axenfeld a aussi rapporté une observation presque identique de panophtalmie et de méningite à pneumocoque consécutives, à une affection vésiculaire.

Le troisième cas d'ophtalmie métastatique à pneumocoques (n° 32) fut compliqué, comme le premier,

d'abcès annulaire de la cornée, mais l'énucléation fut suivie de guérison après des suites opératoires assez longues, pendant lesquelles ont put croire à une méningite, ce qu'infirma l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Le dernier cas de mort (n° 41) est fort différent des précédents. Il s'agit ici d'une infection par le bacille de Koch de tout le globe oculaire, d'une panophtalmie tuberculeuse, coexistant avec un mauvais état général, fièvre, insomnie, céphalée et violentes douleurs oculaires. L'énucléation sembla d'abord avoir un bon effet : les douleurs étaient moins vives, la température moins élevée. Cependant au bout de huit jours le malade succomba à la suite de tuberculose généralisée, car on trouva des lésions discrètes dans presque tous les organes, surtout dans les poumons et l'encéphale, qui présentait un placard de méningite de la convexité. Est-ce l'opération qui a entraîné la mort ? Certains auteurs (Rogman) ont insisté sur les dangers de l'énucléation dans le cas de tuberculose oculaire, même lorsque l'œil est beaucoup moins atteint que chez notre malade ; mais les raisons que l'on donne pour expliquer ces dangers sont toujours du même ordre que celles que nous avons déjà rencontrées : crainte d'infection, d'inoculation opératoire. Dans le cas présent, le sujet était atteint d'une infection tuberculeuse générale grave, les cultures et l'injection au cobaye ont montré qu'il s'agissait d'un bacille végétant particulièrement agressif. C'est donc

la septicémie tuberculeuse qui est la cause de la méningite. Ce qui prouve bien que la production de la méningite n'est pas liée à l'opération, c'est le résultat de l'examen histologique du chiasma et des gaines du nerf optique qui ne contiennent aucune lésion tuberculeuse, aucun bacille alors qu'on en voit en masse dans le placard méningitique. Il s'agit donc bien ici de tuberculose oculaire et méningée sans corrélation entre elles autre que leur source commune, mais l'énucléation n'a joué là aucun rôle. Notons d'ailleurs, à propos de nos 2 derniers cas mortels, que, dans ses recherches sur l'ophtalmie métastatique, Axenfeld a insisté sur la fréquence des complications méningées chez les sujets atteints d'infection générale.

Les autres panophtalmies, principalement celles dues au streptocoque ont toutes bénéficié de l'intervention. Ces dernières sont au nombre de six : trois d'entre elles sont sous la dépendance d'une infection génitale après accouchement ou fausse couche, une autre fut consécutive à un panaris et dans les deux dernières la porte d'entrée demeura inconnue. En tous cas, l'énucléation de l'œil suppurant a eu en général pour effet de faire baisser la température, et les suites opératoires, plus longues que dans le cas de panophtalmie traumatique, ont duré de douze à vingt-deux jours. Une seule fois (n° 38), et c'est ce qui rendit la convalescence plus longue, il y eut d'autres foyers de suppuration contenant du streptocoque.

Ici donc, il semble bien que l'on ait tout à gagner en supprimant un des foyers de suppuration survenant au cours d'une septicémie. C'est ce qu'on n'hésite pas à faire pour tout autre abcès se produisant en un point quelconque de l'économie. En présence d'un œil définitivement perdu, il y a avantage à évacuer le pus. Il est évident que chaque opérateur a ses méthodes et qu'ici, comme dans les panophtalmies traumatiques, l'on pourra employer les autres opérations, éviscération, incision ou exentération ignée. Mais si, comme nous avons tâché de le montrer, le fait d'énucléer ne crée aucun danger nouveau, il est incontestable que cette opération qui a l'avantage d'être la plus radicale, de supprimer entièrement et rapidement les douleurs, est, moyennant une asepsie opératoire rigoureuse, le meilleur traitement de la panophtalmie.

CONCLUSIONS

1° L'énucléation dans la panophtalmie semble, en principe, être le meilleur traitement, puisqu'en raison de la structure du globe, l'infection reste localisée dans la cavité intra-oculaire et ne se propage qu'exceptionnellement aux tissus orbitaires : on dépasse donc les limites de l'infection en énucléant l'œil et l'on peut ainsi débarrasser l'organisme de ce foyer de suppuration. Mais on a reproché à cette opération d'être dangereuse en favorisant la production d'une méningite mortelle due à la propagation de l'infection le long des gaines du nerf optique, ouvertes lors de la section de ce nerf.

2° On a publié, en effet, un certain nombre de cas de mort après énucléation : pour la plupart ces cas se rapportent à une époque où la technique était défectueuse au point de vue de l'asepsie opératoire ; d'ailleurs, dans quelques-uns, il ne s'agissait pas de panophtalmie. De plus, les observations sont rarement complètes en ce qui concerne l'état général des malades et ne tiennent pas compte du rôle de l'infection générale dans la production des lésions méningées.

3° Le relevé des 42 cas de panophtalmie traités par l'énucléation pendant une période de huit années à l'hôpital Lariboisière montre que, grâce à une chirurgie aseptique, les dangers de cette opération dans les panophtalmies traumatiques sont absolument nuls. De plus les suites opératoires sont toujours courtes et sans incidents. L'étude bactériologique de ces infections a montré le rôle prédominant du pneumocoque et du bacillus perfringens.

4° Dans 3 cas de panophtalmie métastatique particulièrement graves, la mort a suivi l'énucléation : il s'agissait alors d'infection générale de l'organisme, tuberculose ou pneumococcie, antérieure à l'énucléation et qui fut cause de la mort, ayant provoqué dans 2 de ces cas des lésions des méninges. Le pronostic de l'opthalmie métastatique est donc aggravé par la possibilité de l'infection méningée qui se produit en même temps que l'infection oculaire, mais qui ne dépend nullement de l'énucléation.

5° Dans les panophtalmies métastatiques dues à d'autres infections, principalement l'infection streptococcique, l'énucléation a eu d'excellents effets, non seulement en soulageant les douleurs des malades, mais encore en supprimant un foyer de suppuration et en améliorant l'état général.

6° L'observation clinique des cas opérés dans des conditions aseptiques montre donc qu'il n'y a pas lieu de redouter la méningite dans les panophtalmies traumatiques et que, dans les panophtalmies

métastatiqnes l'intervention ne modifie pas le pronostic puisque la localisation méningée est toujours possible, que l'énucléation soit pratiquée ou non.

Vu : Le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Græfe (De). — Uber Zwei Todesfälle durch meningitis nach Enucleation (Heidelberger opht. vers. Klin. Monatsbl., 1863, p. 456).

Mannhardt. — Ibid.

Just. — Klin. Monatsbl., 1872.

Benson. — A case of fatal meningitis occurring after enucleation of a shrunken eyeball (Opht. Review, octobre 1884).

Græfe (Alf.). — Enucleatio oder exenteratio bulbi (Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Magdeburg, 1884, p. 112).

Smith (Priestley). — Precautions against meningitis after enucleation of the eye (Opht. Review, févr. 1885).

Griffith (Hill). — Remarks on death following enucleation of the eye (Brit. Med. Journal, décembre 1884).

Deutschmann et Bruckner. — Uber eitrige Meningitis nach Enucleatio bulbi (Von Graefes Arch. f. opht., t. III, 4, p. 251).

Hoby. — Enucleation in panophtalmitis with a fatal case (The Amer. Journ. of opht., juin 1886).

Katzenstein. — V. Graefes Arch., 1886, p. 259.

Tay (W.). — A case of death from meningitis following enucleation (Opht. Soc., 28 janv. 1886).

Nettleship. — Meningitis after excision of the eyeball, ibid.

Dor. — Les Cas de mort après énucléation (Bull. Soc. fr. d'opht., 1886, p. 12).

Panas. — Enucléation dans la panophtalmie (Arch. d'opht., 1888, p. 238).

Andrews. — Enucleation of the eyeball during purulent panophtalmitis (New-York med. Journal, 29 déc. 1888).

Rolland. — L'Énucléation et ses conséquences (Recueil d'opht. 1886, p, 213).

— De l'Énucléation dans la panophtalmie (Recueil d'opht., 1888, p. 411).

Wecker (De). — L'Abus de l'énucléation (Ann. d'oculist., 1889, p. 192).

Siffre. — De l'Énucléation dans la panophtalmie. Thèse de Montpellier, 1889.

Noyes. — Enucleation during panophtalmitis suppurative (Transact. of the American. Opht. Soc. New, London, 1889, p. 314.)

Fowler. — Journal of ophtalmology, otology a. laryngology, avril 1889.

Boë. — X^e Congrès méd., Berlin, sect. d'opht., 1890.

— Nouvelles recherches pour servir à l'étude de la conduite à tenir en présence d'un œil en plein phlegmon (Ann. d'ocul., 1891, t. I, p. 30).

Fage. — Indication et contre indication de l'énucléation du globe oculaire. Thèse de Paris, 1899.

— Valeur et indication de l'exentération du globe. Congrès Soc. franc, d'opht., mai 1892.

Lagrange. — De l'Énucléation dans la panophtalmie (Journal de méd. de Bordeaux, 1892, n° 48, p. 533).

Thompson. — Traumatic panophtalmitis, enucleation, uncontrollable hemorrage, death (Arch. of opht, t. XXI, p. 63).

Ramm. — Énucléation du bulbe, méningite, mort (Norsk. Magazin for Logevidimskahen, 1891, p. 502).

Gourlay (du). — Deux cas de choroïdite suppurative à marche lente, de cause non traumatique (Ann. d'ocul., 1892, p. 281).

Kalt. — Deux cas de mort après l'énucléation dans la panophtalmie chronique (Ann. d'ocul., 1892, t. II, p. 208).

Risley. — Panoptalmitis fatal meningitis following enucleation of the eye (Journal of the Americ. Associat., 21 octobre 1893).

Berry. — Edimburg Hosp. Rep., 1894.

Marlow. — Panophtalmitis wilh death from an abcess of the Brain (Annals of ophtalmology, avril 1897).

Zimmermann. — V. Graefes Archiv. f. opht., t. XLII, 2, p. 39.

Lapersonne (De). — Méningite à pneumocoques après l'énu-

cléation et les opérations orbitaires. Soc. franc.d'opht. Congrès du 3-6 mai 1897.

Devereux Marshall. — On meningitis following excision of the eyeball for panophtatmitis (Roy. London opht. Hosp. reports.. 1897,p. 312).

Demaria. — Étude critique de l'énucléation, les opérations proposées pour la remplacer et sur la prothèse (Arch. d'opht.,1904, sept.oct. nov.).

Baehr. — Centralblatt f. prakt. Augenh., 1901, p. 65 et 97.

Bauer. — Die Enukleation bei Panophtalmitis (Correspondenzblatt f. Schweitzer Aerzte,t. XXXI, 1901, p. 577).

Delbès. — Un cas de mort après énucléation pour panophtalmie (Clin. Opht., 25 juillet 1898).

Baldwin. — Lancet, 17 mars 1900.

Enslin et Kuwara. — Eitrige meningitis als Folge von Enucleatio Bulbi (Arch.f. Augenheilk, t. L, p. 285).

Cabannes et Aubaret. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 17 juin 1904.

XIII[e] Congrès international de médecine à Paris. Section d'ophtalmologie, 3-9 avril 1900. Rapport de Pflueger. Discussion.

Terson (A.). — Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'opht., 1908.

Kontorowitsch. — Darf bei beginnender oder vorgeschrittener Panophtalmie die Enucleation gemacht werden? Th. Zurich, 1911.

Bocci. — Panoftalmite, exenteratio del bulbo. Meningite cérébro-spinale (Arch. di ophtalm., 1896, p. 104).

Becker. — Die Universitätsaugenklinik in Heidelberg (Festschrift, 1888, p. 73).

Warlomont. — Bericht über die ophth. Vers zur Heidelberg, 1863 (Klin. Monatsbl., 1863, p. 452).

Webster (David). — Ein durch Meningitis tödlich verlaufender Fall von Panophtalmitis (Arch. f. Augenheilk., 1890, p. 190).

Reiss. — Ein Fall von Panophtalmitis mit gehirnabcess und tödlicher Meningitis (Arch. f. Augenheilk, 1905, p. 160).

Œnch (D'). — Bericht über eine Serie von 500 sukzessiven Enucleationen des Augapfels (Arch. f. Augenheilk, t. IX, p. 158).

Walter. — Soll man in Stadium der Panophtalmie enukleiren? Dissert. Erlangen, 1903.

Brandenburg. — Ueber die Herausnahme des Auges bei. Panophtalmitis (Deutsch. med. Woch., 1893, n° 13).

Chouquet. — Enucléation du globe oculaire et opérations conservatrices. Thèse de Paris, 1900.

Pincus (Willi). — Tetanus nach perforiender Augapfel Verletzung mit Zurückbleiben eines Fremdkörpers (Centralbl. f. Aug., déc. 1911).

Terson (J.). — Sur l'infection purulente intraoculaire d'origine endogène ou métastatique (Clin. opht. 1905, 1er sem).

Le Gendre et Morax. — L'Infection endogène par le pneumocoque. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 5 mai 1904.

Malfi. — Panophtalmie purulente par auto-infection diplococcique (Archivio di ottalmologia, 7e année).

Lagrange. — Un cas de panophtalmie à pneumocoques (Journ. de méd. de Bordeaux, 1er juin 1902).

Axenfeld. — Uber die eitrige metastatische ophtalmie (V. Graefe's. Arch. B. XL. Abt. 3).

Dor. — Panophtalmie bilatérale consécutive à une péricholécystite suppurée (Clin. Opht., nov. 1909).

Rogman. — Tuberculose intra-oculaire. Dangers de l'énucléation (Ann. d'Ocul., 1902, 2e sem., p. 65).

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. 1337-12

ERRATA

P. 14, 20e ligne. Au lieu de : « les 2 cas », lire « les 2 seuls cas ».

P. 42, 22e ligne. Au lieu de : « milieu aérobies », lire : « milieux aérobies ».

P. 45, 11e ligne. Après « Gram », ajouter : « aérobie ».

P. 46, 24e ligne. Au lieu de : « Le malade est revu le 26 novembre », lire : « Le malade quitte l'hôpital le 22 octobre. »

P. 50, 20e ligne. Au lieu de : « *taie ulcérée* », lire : « *une infection* ».

P. 51, 11e ligne. Au lieu de : « *ulcération* », lire : « une *infection* ».

— 26e ligne. Même correction.

P. 64, 25e ligne. Devant : « iritis », ajouter : « une ».

P. 67, 8e ligne. Au lieu de : « Kock », lire : « Koch ».